Münster i/W. 1934. No 46 Med Diss.

Aus der Universitäts-Hautklinik Münster i. W.
(Direktor: Prof. Dr. A. Stühmer)

Leukoplakie und leukoplakieähnliche Veränderungen der Mundschleimhaut bei gleichzeitig bestehender Psoriasis.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster in Westfalen

vorgelegt von

Zahnarzt Josef Dittert
aus Wipperfürth (Rhld.)

1933.

Buchdruckerei Peter Hahnen & Co., Wipperfürth (Rhld.)

Dekan: Prof. Dr. Esch.
Referent: Prof. Dr. Stühmer.
Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Aus der Universitäts-Hautklinik Münster i. W.
(Direktor: Prof. Dr. A. Stühmer)

Leukoplakie und leukoplakieähnliche Veränderungen der Mundschleimhaut bei gleichzeitig bestehender Psoriasis.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität zu
Münster in Westfalen

vorgelegt von

Zahnarzt Josef Dittert
aus Wipperfürth (Rhld.)

1933.

Buchdruckerei Peter Hahnen & Co., Wipperfürth (Rhld.)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

In der Hautklinik der Universität Münster ist in drei Fällen bei Psoriatikern beobachtet worden, daß neben det Psoriasis gleichzeitig Leukoplakie bestand. Im ersten Falle handelt es sich um einen A. L., Pensionär, 1868 geboren.

Vorgeschichte: Der Patient, der 1925 wegen Psoriasis in Behandlung kommt, gibt an, daß dieses Leiden seit etwa 20 Jahren besteht, wechselnd in Stärke und Lokalisation.

Befund: Es finden sich stark infiltrierte Stellen, juckend in der Kreuzbeingegend und außerdem zahlreiche Effloreszenzen am Körper.

Die **Therapie,** Salben, Arsenkur und Röntgenbestrahlung bringt Besserung, aber ehe die bestehenden Effloreszenzen zum Verschwinden gebracht sind, stellen sich schon wieder Recidive ein.

Im Jahre 1929 kommt der Patient mit einer Balanitis obliterans in Behandlung. Die Psoriasis besteht immer noch, auch im Jahre 1932, wo der Patient auf eine Affektion im Munde aufmerksam macht.

Spezieller Befund: Auf der linken Wangenschleimhaut in der Gegend der Molaren vom Munkwinkel ausgehend und auf dem Zungenrücken finden sich blattartige, fingrig gespreizte Auflagerungen mit einigen kalkspritzerartigen Fleckchen in der Umgebung.

Das **histologische Bild** zeigt folgenden Befund. Im rechten Anteil des Präparates ist die Schleimhaut, die aus geschichtetem Plattenepithel besteht, stark hypertrophiert. Sie ragt mit breiten, akanthotischen Zapfen in das darunter gelegene lockere Bindegewebe. Die oberen Lagen der Zellen sind fast ausnahmslos vakuolisiert. Weiter nach links folgt ein Bezirk verschmälerter Epithelschicht. Unter ihr liegt ein teils dichtes, teils weniger dichtes Infiltrat aus Rundzellen, das von zahlreichen erweiterten Gefäßen durchzogen wird. Das fast ausschließlich aus Rundzellen bestehende Infiltrat,

in das nur vereinzelte Bindegewebszellen eingesprengt sind, ver dichtet sich nach links hin. Die Gefäße sind nicht mehr so zahl reich. Noch weiter nach links findet sich wieder ein Bezirk mi weniger dichtem Infiltrat, aber zahlreichen erweiterten Gefäßen Das Bindegewebe ist vor allem dicht unter der Basalschicht stark aufgelockert und von zahlreichen Saftspalten durchsetzt.

Der zweite Fall wurde bei einem Fr. K., Postschaffner, 40 Jahre alt, beobachtet.

Vorgeschichte: Vor etwa zwei Jahren trat die Psoriasis zuerst auf dem Kopfe auf und breitete sich allmählich über Arme und Beine aus. Bis auf einige kleine Herde im Rücken blieb der übrige Körper frei.

Befund: Kleiner, schmächtiger Patient in gutem Allgemeinzustand. Innere Organe ohne Veränderungen, Reflexe normal. WaR ergab negativen Ausfall. Patient ist starker Raucher.

Spezieller Befund: Am stärksten ist der behaarte Kopf mit isolierten und konfluierenden Plaques befallen, Arme und Beine sind mit isolierten Plaques besät. Auf dem Rücken vereinzelte Efflor eszenzen.

Auf der Schleimhaut der Wangen ist nun beiderseits eine weißliche Verfärbung festzustellen. Vom Mundwinkel aus verlaufen in Bißhöhe etwa 3 mm breite und $1^1/_2$ cm lange bläulich-weiße Streifen, von rauher Oberflächenbeschaffenheit aber nicht schuppend und langsam verblassend in die gesunde Schleimhaut übergehend. Aus diesem Streifen wurde eine Excision gemacht, und die histologische Untersuchung hatte folgendes Resultat:

Die Epidermis ist im Ganzen etwas verbreitert. Zwischen den spärlichen Papillen finden sich breite, bandförmige Epithelmassen. Die Papillen selbst sind verkürzt und hier und da verdickt. Die Retezellen, die durch ungleichmäßige Färbung auffallen, zeigen an den dunkel gefärbten Stellen ein ausgeprägtes Stratum granulosum, das von einem starken, gleichmäßig vertretenen Stratum corneum bedeckt ist. Im wesentlichen ist somit Akanthose und Hyperkeratose vorhanden. In dem Papillarkörper finden sich nur spärliche Anhäufungen von Lymphozyten.

Der dritte Fall zeigt sich bei dem 38 Jahre alten Th. M.

Vorgeschichte: Patient ist noch nie von ernsten Krankheiten befallen gewesen. Seit 3 Jahren leidet er an einer hartnäckigen und dauernd recidivierender Psoriasis. Im Sommer 1932 kam er wegen eines heftigen Recidivs in Behandlung, und gleichzeitig wurde eine Affektion der Mundschleimhaut festgestellt.

Befund: Patient ist von kräftiger Statur und in gutem Allgemeinzustand. Stark ausgebildetes Fettpolster. Innere Organe und Nervensystem o. B. Starker Raucher.

Spezieller Befund: Besonders stark sind die Handrücken mit Psoriasiseffloreszenzen bedeckt, an einigen Stellen sind sogar ödematöse Schwellungen festzustellen. Weiter sind die Streckseiten der Finger befallen, an den Ellenbogen und in der Kniescheibengegend befinden sich große Plaques. Der linke Unterschenkel ist ringsherum von einem großen Psoriasisherd bedeckt. Kopf und Ohrmuscheln sind von stark schuppenden linsengroßen Herden befallen.

Auf der Schleimhaut der linken Wange ist ein dreieckiger grauweißer Plaque festzustellen, der die gesunde Schleimhaut etwas überragt. Die Oberfläche erscheint gegen die gesunde Schleimhaut etwas rauher. Am Mundwinkel liegt der eine Winkel der dreieckigen Plaque, schräg nach oben und unten die beiden anderen Winkel etwa in der Gegend der Molaren. Auch diese Schleimhautaffektion wurde histologisch mit folgendem Befund untersucht:

Das Stratum mucosum ist leicht verbreitert. Zwischen den Papillen sind breite und stumpfe Epitheleinsenkungen. Die Papillen zeigen keine Veränderung. Ein ausgeprägtes Stratum granulosum ist festzustellen, überlagert von einem starken gleichmäßig verdickten Stratum corneum. Auch in diesem Falle sieht man also im wesentlichen typische Akanthose und Hyperkeratose.

Differentialdiagnostisch kommt für diese Fälle die Psoriasis der Mundschleimhaut in Betracht. Das histologische Bild der letzteren weicht von dem der vorliegenden Fälle wesentlich ab. Bei der Psoriasis sieht man eine verschieden breite Hornschicht, die in eine Reihe abwechselnd kernhaltiger und kernfreier Lamellen verschiedener Dicke aufgelöst ist. Zwischen den Lamellen befinden

sich lufthaltige Räume. Neben parakeratotischen Schichten bestehen stets normal verhornte Schichten. Zwischen den Hornlamellen befinden sich Leukocytenhaufen in wechselnd breiter Schicht. (Mikroabszesse). Das Stratum granulosum ist unregelmäßig entwickelt, einhergehend mit Akanthose. Akanthose und Parakeratose kennzeichnen die Histologie der Psoriasis, ein weiteres charakteristisches Merkmal sind die schmalen und die 4- bis 5fach verlängerten Papillen. Unsere vorliegenden Fälle weichen also in wesentlichen Punkten von dem histologischen Bild der Psoriasis ab, dagegen finden sich alle für die Leukoplakie charakteristischen Merkmale Wucherung der Epidermis verbunden mit Akanthose und Hyperkeratose. Auch auf den Befund der Papillen ist hinzuweisen, die in unseren Fällen normal sind, bei Psoriasis aber immer eine starke pathologische Veränderung aufweisen. Die Diagnose Leukoplakie ist somit in diesen drei Fällen gegeben.

Diese drei Fälle warfen von selbst die Frage auf, ob schon ähnliche Vorkommnisse beobachtet worden sind und ob etwa Beziehungen zwischen beiden Krankheiten bestehen.

1877 berichtet Schwimmer über ähnliche Vorkommnisse. Es handelt sich um einen 45jährigen Beamten, der 1872 wegen eines Zungenübels in Behandlung kommt.

Befund der Zunge: Gräulich-weiße Verfärbung der Oberfläche, in deren Mitte eine mäßige, hervorragende, bohnengroße, feste und dem gewöhnlichen Bockleder an Consistenz gleichende Epithelschwarte eingelagert war. Die weißlich-graue, die Oberfläche der Zunge umwandelnde Auflagerung war eine intensive und erstreckte sich von der Spitze derselben bis nahe an die Grenze der Papillae circumvallatae, so daß man nur dort die normal gefärbte Schleimhaut des Zungengrundes wahrnehmen konnte. Der in der Mitte der Zunge sich vorfindende Knoten war gleich derselben umgebenden Epithelschicht trocken, rauh und bei der Digitaluntersuchung ziemlich hart anzufühlen. Die matte und nicht glänzende Oberfläche machte den Eindruck, als ob selbe von einem dicken panzerartigen Gebilde bedeckt wäre, durch zahlreiche zarte Linien in kleine Felder geteilt. Die Zungenbeweglichkeit ist behindert, außerdem besonders schmerzhaft beim Heben gegen den harten Gaumen. Papillae

fungiformes sind verdickt. Ein angefertigtes Zupfpräparat gibt für die Diagnose keinen Anhaltspunkt. Der Patient ist starker Raucher, gesund, wohlgenährt und von kräftigem Körperbau. Außerdem besteht eine stark ausgebreitete psoriatische Erkrankung in der Gegend des Kreuzbeins und an der Streckseite beider Ellbogengelenke. Die Psoriasis besteht seit 12 Jahren, die Zungenaffektion war erst 4 Jahre alt. Eine vorgenommene antisyphilistische Kur war nutzlos.

Schwimmer stellt dann noch einen zweiten Fall vor.

A. K., 24 Jahre alt, Jurist. Die Schleimhaut der Mundhöhle ist erkrankt. Auf der vorderen Hälfte der Zungenoberfläche befinden sich mehrere unregelmäßige weiße Flecken ziemlich derber Beschaffenheit, die selbst das Bindegewebe und die unterliegende Muskulatur etwas infiltriert erscheinen lassen. Papillae fungiformes gerötet und etwas geschwellt, stellenweise auffallend aus der Zungenoberfläche hervorragend. Die Wangenschleimhaut ist rechterseits von mattweißen, mäßig verdickten epithelialen Plaques bedeckt, die eine 3 bis 4 cm breite und lange silber-weiße derbe Auflagerung darstellen. Die Dreiecksform ist erkennbar, die stumpfe Spitze zeigt gegen die Rachenhöhle, die breitere Basis zieht in querer Richtung über den inneren Mundwinkel hinweg. Die Mitte der Plaque ist glänzend weiß, zum Rande hin langsam verblassend. Gleichzeitig finden sich Psoriasiseffloreszenzen am Stamm, an Knieen und Ellbogen, aber erst seit 5 bis 6 Monaten, wogegen die Schleimhautaffektion schon seit zwei Jahren besteht. Wir haben also das umgekehrte Bild des ersten Falles vor uns, zu erwähnen ist noch, daß sich beide Effloreszenzen unabhängig voneinander entwickelt haben.

Schwimmer nimmt nun keine Beziehungen zwischen beiden Krankheiten an und wendet örtliche Therapie an. Die Psoriasis ist nach drei Monaten ausgeheilt, die Leukoplakie besteht unverändert fort.

Einige weitere interessierende Fälle stellt dann Schütz 1898 vor.

1885 kommt ein zehnjähriger kräftiger Junge wegen Psoriasis in Behandlung. Durch äußere Behandlung, Chrysarobin und Teer, wird Abheilung erzielt. Nach 7 Monaten tritt ein heftiges Recidiv auf: Diagnose Psoriasis universalis. In der 6. Woche der Behand-

lung nach ungefährer Abheilung der Effloreszenzen wird milchweiße Verfärbung an beiden Mundwinkeln festgestellt. Verdauungsstörungen oder reichlicher Obstgenuß als auslösendes Moment scheiden aus. Die Zunge ist rein. Weiter findet sich eine ausgedehnte perlmutterweiße Verfärbung der rechten Wangeninnenfläche, des Gaumengewölbes bis zum Ansatz der Gaumenbögen, sowie ein bläulich-weißer horizontaler, etwa 1 cm breiter Streifen auf der linken Wangenschleimhaut, etwa 3 cm lang. Von letzteren gehen einzelne feine bläulich-weiße mehr oder weniger senkrechte, kurze Ausläufer nach oben und unten ab, von welchen wieder wenige, ganz winzige Ästchen wirklich abbiegen, an den Biegungsstellen eine spitzige Prominenz bildend. Reizerscheinung und subjektive Beschwerden fehlen. Weder der Junge noch die Eltern wußten um die Erscheinung. Wahrscheinlich hat die Affektion schon länger bestanden, und in der letzten Zeit sich zu dem Mundwinkel hin ausgebreitet.

Speziell fanden sich keine abnorme Röte, keine Rhagaden, Ulcerationen oder Epitheldefekte. Zunge weder belegt noch abnorm gerötet, noch an dem papillären Teil geschwollen. Das Epithel haftet an der Unterlage fest, es zeigt sich keine Pseudomembranbildung oder Blutung. Zähne und Zahnfleisch sind gesund, Harn frei von Saccharum und Albumen. Gleich nach der Feststellung der Schleimhautaffektion wird die Therapie mit Chrysarobin und Pyrogallol unterbrochen. Gargarismen von foliae Salviae bringen keinen Erfolg. Darauf wird die Psoriasisbehandlung fortgesetzt und die Schleimhaut mit 5 %igem Salicylspiritus bepinselt. 1898 besteht noch immer eine schleierhafte weißliche Trübung der Wangenschleimhaut, Psoriasis mäßig, aber sehr renitent. Schütz kommt trotz Fehlens der Vorbedingungen zu dem Schluß, daß es sich um eine Leukoplakie bei einem Kinde handelt. Histologischer Befund fehlt.

Der zweite Fall datiert aus dem Jahre 1896. Patientin ist ein 17 Jahre altes Fräulein und leidet an Psoriasis der Arme, der Schienbeine und der Kreuzbeingegend. Außerdem befinden sich im Gesicht einige Numili.

Durch Therapie mit Chrysarobin wird in 12 Wochen Abheilung erzielt. Durch Rückfrage eines Laryngologen nach erfolgter Heilung

stellt sich heraus, daß die Patientin schon vor der Psoriasisbehandlung fortlaufend an einer hartnäckigen Leukoplakie behandelt worden ist. 1897 kommt die Patientin mit Recidiv von Psoriasis erneut in Behandlung. Noch immer besteht die Leukoplakie, die schon vor Ausbruch der Psoriasis bestanden hat. Die klinische Untersuchung zeigt folgendes Bild:

Auf der Zunge finden sich rechts und links von der Mittellinie zwei ovale, blasse, wie glatt gebügelte Stellen von je der halben Größe einer Krachmandel, ferner auf der Wangenschleimhaut beiderseits in horizontaler Richtung, entsprechend der Kaufläche der Zähne, eine 1 cm breite, nach hinten spitz auslaufende, weiße, wenig erhabene Leiste, von der nach oben und unten, entsprechend den Zwischenfurchen der Zähne, kurze senkrechte Ausläufer abgehen. Isoliert hiervon bestehen einzelne weiße, continuierliche Linienzüge, nirgends Knötchen oder Verdickungen, das Ganze ein getreues Bild der Leukoplakie.

Beachtenswert ist, daß Patientin nie geraucht hat, keine Syphilis besteht oder bestanden hat. Die Zähne sind gesund. 1898 ist trotz dauernder Behandlung mit Salicylspiritus erst eine leichte Besserung eingetreten.

Einen weiteren Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Leukoplakie und Psoriasis beobachtet Schütz dann noch bei einem 22jährigen Fräulein im Jahre 1896. Seit dem 8. Lebensjahre besteht eine ausgebreitete Psoriasis. An der linken Wangenfläche zeigt sich, breit vom Mundwinkel ausgehend, ein horizontaler, wenig erhabener, nach hinten sich verschmälender, perlmutterweißer Streifen, mit wenigen kurzen, feinen senkrechten Ausläufern. Abgesehen vom Zungenbefund eine ganz ähnliche Erscheinung wie im vorher geschilderten Falle.

Schütz kommt nun zu dem Generalschluß, daß das Zusammentreffen der Leukoplakie mit einer Hautkrankheit, welche mit vermehrter Hornbildung einhergeht wie die Psoriasis, nicht ein rein zufälliges ist, sondern daß hierfür ursächliche und gemeinsame Bedingungen im Körper vorhanden sind. Er begründet seine Ansicht mit der Beobachtung, daß beide Affektionen sich gleichzeitig auch ohne Therapie verbessern oder verschlimmern, und Kuren, die das

Allgemeinbefinden aufbessern, beide örtlichen Leiden gleichzeitig günstig beeinflussen.

Angeregt durch die Veröffentlichungen von Schütz nahm Lissauer eine systematische Untersuchung aller Psoriasiskranken auf Leukoplakie vor, und zwar erstreckte sich die Untersuchung auf 50 Patienten. Das Material war allerdings etwas einseitig, es waren 49 Arbeiter und ein Mädchen, das Alter der Patienten 10—70 Jahre. Unter diesen 50 Patienten traf er zehn mal Leukoplakie an. Die Fälle teilte er wie folgt ein:

I. 2 Fälle von starker Leukoplakie der Zunge und Wangenschleimhaut,
II. ein Fall von leichter Leukoplakie der Zunge und Epitheltrübung der Mundwinkel,
III. 4 Fälle von Leukoplakie der Mundwinkel,
IV. drei Fälle von Epitheltrübung der Mundwinkel.
(Epitheltrübung = Anfangsstadium der Leukoplakie.)

Bei keinem dieser 10 Patienten war eine organische Krankheit festzustellen, bei keinem Lues nachweisbar. Urin o. B. Alle Patienten waren Raucher. Dem Alter nach verteilten sich die Patienten auf die einzelnen Gruppen wie nachstehend:

Gruppe I. 52 und 41 Jahre,
Gruppe II. 20 Jahre,
Gruppe III. 53, 47, 36 und 24 Jahre,
Gruppe IV. 29, 27 und 17 Jahre.

Aus dieser Aufstellung ergibt sich somit, daß im höheren Alter auch die stärkeren pathologischen Erscheinungen auftreten.

Die Dauer der Affektion war allerdings nur bei einem Patienten festzustellen, und zwar bestand die Psoriasis 10 Jahre, die Leukoplakie 1 Jahr.

Lissauer kommt nach diesem Ergebnis zu einer ähnlichen Schlußfolgerung wie Schütz. Auch er nimmt an, daß ein Zusammenhang zwischen Leukoplakie und Psoriasis bestehen muß, und glaubt, daß das zahlenmäßige Ergebnis 10 : 50 beweiskräftig ist. Auch beruft er sich auf Kaposi, der in seinem Lehrbuch sagt:

„Auf der Schleimhaut habe ich ebenso wenig wie Hebra jemals

eine der Psoriasis parallele Erkrankung gesehen, wohl aber bei einzelnen Psoriatischen graue Plaques, die jedoch von Syphilis herstammen oder der Leukoplakia non syphilitica (Schwimmer) entsprechen."

Für den Zusammenhang beider Affektionen gibt Lissauer folgende Erklärung:

Durch Psoriasis wird Störung in der Funktion irgendeines drüsigen Organs hervorgerufen, die die Widerstandsfähigkeit von Haut und Schleimhaut herabsetzt. Durch Reize werden dann die idiopathischen Leiden ausgelöst.

Er stellt sich mit Schütz auf den Standpunkt, daß die Psoriasis ein nicht zu unterschätzendes Moment für die Entwicklung der Leukoplakie darstellt und rät, bei jedem Psoriatischen die Mundhöhle zu untersuchen.

Im Jahre 1906 kommt Josef in einem Vortrag über „Die Leukoplakie der Mundhöhle" auf die von seinem Schüler Lissauer beobachteten Fälle zurück und kommt auch zu der Schlußfolgerung, daß Beziehungen zwischen Psoriasis und Leukoplakie bestehen müssen. Er stellt fest, daß die Leukoplakie weder mikroskopisch noch makroskopisch etwas mit Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut zu tun hat und fährt dann fort:

„Trotzdem wäre es aber falsch, einen irgendwie gearteten Zusammenhang zwischen beiden Affektionen leugnen zu wollen. Halten wir uns einmal vor Augen, daß die Leukoplakie vielfach bei Rauchern vorkommt, andere Male wieder im Zusammenhang mit Syphilis, mit Ichthyosis und vor allem mit Psoriasis vulgaris erscheint, so liegt der Schluß nahe, daß gewiß alle diese verschiedenartigen Allgemeinerkrankungen einen praedisponierenden Boden schaffen, auf dem, wenn nun die auslösende Schädlichkeit des Rauchens sich einstellt, die Leukoplakie gedeiht. Diese Annahme scheint mir auch am besten die mannigfachen entgegengesetzten Anschauungen vereinigen zu können."

Weiter schenkt Groß in Mracek „Handbuch der Hautkrankheiten" diesem vielbeachteten Zusammentreffen von Psoriasis und Leukoplakie seine Aufmerksamkeit, und er nimmt Beziehungen zwischen

beiden Leiden an. Er beruft sich außer auf Schwimmer auf Babington, Bazin, Gibert, Wilson und Guibont.

v. Mikulicz und Kümmel treten dieser Ansicht in ihrem Werk „Krankheiten des Mundes" entgegen und nehmen an, daß das Zusammentreffen von Leukoplakie und Psoriasis etwas zufälliges sei. Auch an weiteren Beobachtungen des gleichzeitigen Auftretens von Leukoplakie und Psoriasis fehlt es nicht.

In einer Statistik aus dem Jahre 1903 zählt Bürgener unter 160 Fällen von Psoriasis 4 Leukoplakien.

1904 auf dem 4. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft werden von Neißer zwei Fälle von Leukoplakie vorgeführt, von denen der eine hier interessiert. Es handelt sich um eine 57 jährige Patientin, die, bis dahin ganz gesund, 17 Jahre vorher luetisch infiziert wurde. Seit 8 Jahren besteht bei der Patientin eine Psoriasis, die besonders stark an der Streckseite der Kniegelenkgegend auftritt. Die Mundaffektion hat die Patientin erst seit etwa $1\,^1/_2$ Jahren festgestellt, durch Schmerzen auf der Zunge beim Genuß scharfer Getränke und gewürzter Speisen. Besondere Vorliebe für letztere wird verneint, ebenso die Frage, ob Patientin raucht.

Bei der wohlgenährten Frau werden an der Streckseite der Extremitäten und im Gesicht typische Psoriasiseffloreszenzen festgestellt. Auf der Zunge finden sich nahe am vorderen Rande unregelmäßig begrenzte, weißliche, atlasglänzende Stellen, deutlich gefeldert und scharf gegen die normale Umgebung abgesetzt. An beiden Zungenrändern, besonders rechts, milchweiße glänzende Herde in stufenförmiger Anordnung mit Einrissen und Zerklüftungen. An der Wangenschleimhaut, dicht hinter dem Mundwinkel finden sich intensive weiße Flecken mosaikartig angeordnet, desgleichen an der Unterlippenschleimhaut. Spezifische Behandlung der Leukoplakie bringt Linderung der subjektiven Beschwerden.

1906 berichtet Großmann von einem Psoriatiker, bei dem sich auf der Zunge 3 circumskripte Leukoplakien entwickelten. Patient war Nichtraucher. Er führte bei diesem Patienten eine Quecksilberkur durch und gab Jodkalium, trotzdem sich keine Anhaltspunkte für Syphilis fanden. Beides mit völlig negativem Erfolg.

Einen weiteren bemerkenswerten Fall demonstriert Thimm. 1899 gelangt der Zigarrenfabrikant U. wegen einer hartnäckigen, ausgebreiteten Schuppenflechte vom Typus der Psoriasis geographica in Behandlung, die seit 5 Jahren häufig recidiviert. Der Kranke ist ein kräftiger 36jähriger Mann ohne sonstige Störungen seines Gesundheitszustandes, Vater von drei Kindern, die alle gesund sind. Lues hat er nicht gehabt, Potus wird in mäßigem Grade zugegeben. Infolge seines Berufes ist er übermäßig starker Raucher. In der dritten Behandlungsperiode macht er auf seine Mundschleimhaut aufmerksam. Der Patient weiß aber nicht anzugeben, ob schon früher die Affektion im Munde bestanden hat, führt dieselbe aber selbst auf starkes Rauchen zurück. Bei der Untersuchung wird nun eine typische nicht sehr hochgradige Schwimmer'sche Leukoplakia oris festgestellt, mit nur geringer Epithelverdickung. Befallen sind hauptsächlich die Schleimhaut der Wangen rückwärts von beiden Mundwinkeln und in geringem Grade die Lippen und Seitenränder der Zunge. Behandlung der Mundschleimhaut hat keinen Erfolg, da der Patient das Rauchen nicht einstellt.

Als interessierend darf ich hier erwähnen, daß Thimm bei einem späteren Psoriasisrecidiv glaubt, inmitten der Leukoplakieflecken einen anders gearteten feststellen zu können, den der Patient auch selbst als anders geartet empfindet. Thimm kommt zu dem Ergebnis, daß er hier einen Fall von Psoriasis mucosae vor sich hat. Die Beweisführung fußt auf histologischer Untersuchung und die Annahme gewinnt dadurch an Wahrscheinlichkeit, daß durch die Psoriasistherapie auch diese Flecken verschwinden, die Leukoplakieflecken dagegen unverändert bestehen bleiben.

Leider betrachtet er die Leukoplakie nicht im Zusammenhang mit Psoriasis. Der Fall liegt aber so, daß die Psoriasis das praedisponierende Moment sein kann, die Leukoplakie tritt ja erst später auf.

Einen diesem ganz analogen Fall beschreibt Oppenheim 1903. Auch hier handelt es sich um einen Patienten, der an Psoriasis vulgaris leidet und bei dem eine ausgedehnte Leukoplakia oris besteht.

Patient ist ein 53 Jahre alter Privatbeamter aus Mähren. Wegen Psoriasis wurde er 1890, 1893 und 1902 behandelt. Im 20. Lebensjahre traten die ersten Psoriasiseffloreszenzen auf, andere Krank-

heiten hat er nicht mitgemacht, auch keine Lues. Patient trinkt nicht und raucht mäßig. Besonders stark befallen sind die Streckseiten der Extremitäten, namentlich Oberschenkel, dann Brust, Rücken und seitliche Bauchgegend. Die Zunge ist glatt, ohne Einkerbungen und Epithelverdickungen. Seitlich an der linken Wangenschleimhaut befindet sich eine scharfbegrenzte, ovale, hellergroße, bläulich-weiße Stelle, die über das Niveau der übrigen Schleimhaut hervorragt. Oberhalb dieser von der Oberlippe nach hinten etwa guldengroße analoge Plaques. Ähnliche Veränderungen geringen Grades befinden sich an der Schleimhautfläche der rechten Wange.

Eigenartige Veränderungen finden sich an den hinteren Partien des harten Gaumens. Die Schleimhaut liegt hier in eigentümlichen, parallel zur Uvula verlaufenden Falten. Seitlich gehen Ausläufer ab, in Form kleiner bogenförmiger Falten, die sich gegen das Zahnfleisch hin verlieren. Die Schleimshaut ist in toto bläulich-weiß verfärbt. Diese Erscheinungen deutet Oppenheim im Sinne einer Leukoplakia oris. Zwei affizierte Stellen der Gaumenschleimhaut zeigen aber wieder ein anderes Bild, und Oppenheim kommt durch das mikro- und makroskopische Bild zu dem Schluß, daß es sich bei diesen affizierten Stellen um eine Psoriasis mucosae handelt. Dieser Fall ist also ganz dem von Thimm beobachteten ähnlich, neben einer Psoriasis vulgaris besteht eine Leukoplakie und eine Psoriasis mucosae.

1925 stellt Rusch in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft einen 19 Jahre alten Patienten vor, der seit 8 Monaten in Spitalbehandlung ist wegen einer therapeutisch hartnäckigen Psoriasis vulgaris guttata et numularis. In den letzten 14 Tagen stellte er sehr zarte, bläulich-weiße und saturiert weiße durchaus flache Flecken und Streifen an der Schleimhaut beider Wangen fest, sowohl entsprechend der Schlußreihe der Zähne als auch in den unteren und oberen Backentaschen. Die verschieden breiten Streifen überkreuzen sich in schiefer Richtung, die Flecke zeigen Verästelungen, so daß ein zierliches Netz- und Gitterwerk zustande kommt. Die Seroreaktion ist negativ, auch liegt kein Tabakmißbrauch vor. Da die histologische Untersuchung fehlt, entscheidet sich Rusch noch nicht für eine Leukoplakie, trotzdem die Vermutung nahe liegt. In der Aussprache sagt Kren u. a., daß zur

Diagnose einer Psoriasis mucosae manches fehlt, das klinische Bild sei für Psoriasis ein ganz fremdes. Man darf also wohl annehmen, daß es sich in diesem Fall um Leukoplakie bei einem Psoriatiker handelt.

1926 demonstriert Zinsser einen hierher gehörenden Fall. Er fand bei einem Psoriatiker auf der Mundschleimhaut leukoplakieartige Herde. An einen Zusammenhang beider Affektionen glaubte er aber nicht.

1927 berichtet weiter Laun in der Sitzung der Kölner Dermatologischen Gesellschaft über Auftreten der Leukoplakie bei einem Psoriatiker. Neben der Leukoplakie im Bereiche des Mundes zeigen sich auf Gaumen und Wangen zahlreiche graue Knötchen. (periglandulaere Leukoplakie?)

1930 beobachtet Meirowski einen Fall. Der Patient war zur Vorstellung mit der Diagnose Schleimhautpsoriasis gekommen. Der Patient ist Pfeifenraucher mit alter Lues und Psoriasis. Der Befund zeigt grauen sich kreisförmig über den Gaumen ausbreitenden Belag der Uvula. Histologisch waren pachydermieartige Randpartien festzustellen, aber sonst kein charakteristischer Befund. In der Aussprache findet Drever die Art der Beläge zu dick gegen die Psoriasis, ebenso stimmt die Farbe der Affektionen nicht überein. Zinsser lehnt das Vorliegen einer Psoriasis ab, findet vielmehr Ähnlichkeit mit Soorbelägen.

1930 referiert S. W. Becker über einen Fall bei einem 18jährigen Burschen. Seit 2 Jahren leidet der Patient an Psoriasis. Befallen waren Rücken und Kniegegend. Zur Zeit wurden nur noch Efflor-eszenzen an den Ellbogen festgestellt. Auf der Mundschleimhaut zeigen sich verdickte, opake, blau-weiße Flecken, die beiderseits dicht hinter den Mundwinkeln lokalisiert sind. Das mikroskopische Bild zeigt Acanthose, Parakeratose und Rundzelleninfiltration der Mukosa. Das Ephithel haftet fest auf der Unterlage und läßt sich auch mit dem scharfen Löffel nicht abkratzen. WaR. - O. Der Patient ist Zigarettenraucher.

Zum Schluß bringe ich noch einen Auszug aus der Arbeit von Prof. Schreiner, Graz, über „Atypische Psoriasis mit Beteiligung der Mundschleimhaut". U. a. führt er aus, daß er seit Jahren alle Psoriasiskranken auf etwaige psoriatische Veränderungen im Munde untersucht hat, mit dem Ergebnis, daß unter hunderten

von Fällen eine Psoriasis der Mundschleimhaut nie festzustellen gewesen ist. Dann fährt er wörtlich fort:

„Ansonsten fanden sich wohl bei einer großen Anzahl von Psoriatikern — meist waren es ältere Personen und zwar vornehmlich Männer, Tabaksraucher und Tabakskauer — gräulichweiße, mitunter scharf abgegrenzte auch erhabene Herde an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut. Solche Herde hatten stets das Aussehen einer zarten Leukoplakie. Nebenbei sei hierzu bemerkt, daß nur bei einem kleinen Prozentsatz dieser Kranken anamnestisch oder durch WaR. eine Lues konstatiert werden konnte."

Aus diesen Äußerungen darf man wohl entnehmen, daß bei Schreiner die Beobachtung der Leukoplakie bei Psoriatikern etwas relativ häufiges gewesen ist, wenn auch nähere Angaben, vor allem zahlenmäßige fehlen. Auf etwaige Beziehungen zwischen beiden Leiden geht Schreiner in seiner Arbeit nicht ein.

Aus den vorliegenden Ausführungen ist ersichtlich, daß außer den drei in Münster beobachteten Fällen 29 Fälle gleichzeitigen Vorkommens von Leukoplakie und Psoriasis im Schrifttum beschrieben worden sind. Dann liegen noch Ausführungen vor, aus denen hervorgeht, daß außer diesen beschriebenen Fällen noch zahlreiche gleiche Beobachtungen gemacht worden sind, die allerdings nicht zahlenmäßig belegt wurden.

Aus dieser Häufigkeit der Beobachtung muß man den Schluß ziehen, daß Beziehungen zwischen beiden Leiden bestehen. Erhärtet wird die Annahme weiter durch die Feststellung, daß das gemeinsame Vorkommen beobachtet wurde:

1. bei Kindern, die sonst gesund waren,
2. bei weiblichen Personen, die nicht rauchten und bei denen festgestellt wurde, daß keine Lues besteht oder bestanden hat.

Es fehlen also in diesen Fällen von Leukoplakie bei Psoriasis auffallend oft jene im allgemeinen für das Zustandekommen der Leukoplakie angeführten Ursachen.

Solange die Ätiologie beider Krankheiten aber nicht restlos festgestellt ist, wird sich die Art der Beziehungen zwischen beiden noch nicht klären lassen.

LITERATUR-VERZEICHNIS.

1. Becker, S. W. u. Ritchie, E. B.: Leukoplakie buccalis in a Joung patient with psoriasis. ref. Zbl. f. Hautkrankheiten. Bd. 37, S. 361.
2. Bürgener, P.: Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis. D. med. Ztg. 1903 Nr. 1, S. 1—4.
3. Grossmann: Leukokeratose der Zunge bei einem Psoriatiker. ref. Mtsh. f. prakt. Derm. 1906. Bd. 43, S. 654.
4. Gross, S.: In Mracek, F.; Hb. d. Hautkrht. Bd. 2 1905, S. 132. Leukoplakia buccalis und Psoriasis.
5. Hoffmann, H.: Leukokeratose der Mundschleimhaut bei Psoriasis vulgaris. Zbl. f. Hautkrht. 1928, Bd. 26, S. 659—660.
6. Jordan, A.: Psoriasis vulgaris mukosae oris. Arch. f. Derm. 1922. Bd. 140, S. 64—69.
7. Joseph, M.: Die Leukoplakie der Mundhöhle. D. m. W. 1906. Nr. 34, S. 1375—76.
8. Keller, P.: Über Psoriasis der Mundschleimhaut. Derm. Wchr. 1922. Bd. 75, Nr. 37, S. 917—920.
9. Kren, O.: Die Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut. Arch. f. Derm. 1932. Bd. 166, S. 511—14.
10. Laun: Mundschleimhautaffektion bei einem Psoriatiker. Zbl. f. Hautkrht. 1928. Bd. 25, S. 527.
11. Lissauer, W.: Ueber das Verhältnis von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris. D. m. W. 1899. Nr. 31, S. 512—14.
12. Meirowsky: Leukoplakie bei Psoriasis. Zbl. f. Hautkrht. 1930. Bd. 34, S. 16.
13. v. Mikulicz, J. und Kümmel, W.: Die Krankheiten des Mundes, 4. Aufl., S. 163. Leukoplakie und Psoriasis.
14. Neisser: Demonstration zweier Fälle von Leukoplakia oris. Verh. d. Dtsch. Derm. Ges., 4. Kongr. 1894, S. 625—629.
15. Nobl, G.: Psoriasis. In Jadassohn, J. Hb. d. Haut- u. Geschlechtskrht. Bd. 7 Tl. I, S. 199. Psoriasis u. Leukoplakie.
16. Oppenheim, M.: Psnriasis der Mundschleimhaut. Mtsh. f. prakt. Derm. 1903. Bd. 37, S. 489—96.
17. Reil, H.: Über Veränderungen der Mundschleimhaut bei Psoriasis vulgaris. Derm. Ztschr. 1921. Bd. 32, S. 215—223.

18. Rusch: Psoriasis mit Schleimhauteffloreszenzen. Zbl. f. Hautkrht. 1925. Bd. 17, S. 415.
19. Schreiner, K.: Atypische Psoriasis mit Beteiligung der Mundschleimhaut. Derm. Wschr. 1931. Bd. 92, Nr. 7, S. 237—40.
20. Schütz, J.: Über Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen. Arch. f. Derm. 1898. Bd. 46, S. 433—446.
21. Schwimmer, E.: Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle: Leukoplakia buccalis. Viertljschr. f. Derm. 1877. Jg. 4, S. 546—548, Fall 4. Leukoplak. linguae diffusa, Psoriasis cutanea. Jg. 4, S. 552—553, Fall 7. Leukoplak. linguae et buccae circumscr. Psoriasis cutanea.
22. Thimm, P.: Psoriasis vulgaris der Haut und Schleimhaut, ihre pathologische Stellung und Aetiologie. Mtsh. f. prakt. Derm. 1904. Bd. 39, S. 1—21.
23. Trautmann, G.: Die Krankheiten der Mundhöhle und oberen Luftwege bei Dermatosen. 1911. S. 369—371. Kombination der Leukoplakia oris und Psoriasis der Haut, Zusammenhang beider.
24. Zinsser, F.: Hautkrankheiten und Mundschleimhaut. In Jadassohn, J. Hdb. d. Haut- u. Geschlechtskrht. Bd. 14, Tl. I, S. 4—8. Psoriasis und Leukoplakie.
25. Zinsser: Psoriasis und Leukoplakie. Zbl. f. Hautkrht. 1926. Bd. 20, S. 270.
26. Westphalen, H.: Geschichtlicher und kasuistischer Beitrag zur Frage der Psoriasis der Mundschleimhaut und der Zunge. Derm. Zschr. 1928. Bd. 54, S. 402—407.

Lebenslauf.

Am 31. August 1905 wurde ich in Bocholt i. W. als Sohn des Lehrers Fidelis Dittert und seiner Frau Agnes geb. Krusel geboren. Nach Absolvierung des Gymnasiums besuchte ich die Universität in Münster. Am 22. Dezember 1929 bestand ich in Münster das zahnärztliche Staatsexamen und am 15. Dezember 1933 ebenfalls in Münster die mündliche Doktorprüfung. Seit dem 1. Januar 1930 bin ich in meinem Beruf tätig, seit dem 15. März 1931 in eigener Praxis in Wipperfürth (Rhld.)